

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1957

THÈSE

N° 789

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René LASCOMBE

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Né le 11 mars 1931, à Saint-Remèze (Ardèche)

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} juillet 1957

Contribution à l'étude
de la dégénérescence maligne
de l'ovaire restant

Président : M. CORDIER, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1957

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : LASCOMBE

Prénom : RENÉ

Date de soutenance : 1^{er} juillet 1957



Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque)

LASCOMBE (RENÉ) — Contribution à l'étude de la dégénérescence maligne de l'ovaire restant. — Paris, Imp. R. Foulon, 1957, in-8°, 51 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1957, N°).

LASCOMBE (RENÉ) — Contribution à l'étude de la dégénérescence maligne de l'ovaire restant. — Paris, Imp. R. Foulon, 1957, in-8°, 51 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1957, N°).

LASCOMBE (RENÉ) — Contribution à l'étude de la dégénérescence maligne de l'ovaire restant. — Paris, Imp. R. Foulon, 1957, in-8°, 51 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1957, N°).

LASCOMBE (RENÉ) — Contribution à l'étude de la dégénérescence maligne de l'ovaire restant. — Paris, Imp. R. Foulon, 1957, in-8°, 51 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris, 1957, N°).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1957

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

René LASCOMBE

Élève de l'École du Service de Santé Militaire

Né le 11 mars 1931, à Saint-Remèze (Ardèche)

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} juillet 1957

Contribution à l'étude
de la dégénérescence maligne
de l'ovaire restant

Président : M. CORDIER, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1957



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Carnot (P.), Chabrol (Et.), Champy (C.), Chevassu (M.), Debré (R.), Delbet (P.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Laroche (G.), Laubry (Ch.), Lemaître (F.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (Ch.), Sannié (Ch.), Sézary (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Éducation physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique de cardiologie	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon SICARD (A.)
	Cochin QUÉNU (J.)
	Hôtel-Dieu MÉNÉGAUX (G.)
	Salpêtrière MOULONGUET (P.)
Clinique chirurgicale réparatrice et orthopédique	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire	DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédie	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	Bichat JUSTIN-BESANÇON (L.)
	Broussais DE GENNES (L.)
	Cochin MOREAU (R.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque LACOMME (M.)
	Port-Royal VARANGOT (J.)
Clinique d'obstétrique et de gynécologie	LANTUÉJOUL (P.)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN (A.)
Clinique de pneumo-ptisiologie	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique rhumatologique médicale et sociale	COSTE (F.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SÈNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	LEMAIRE (A.)

Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Génétique médicale	LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	SOULIÉ (P.)
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et clinique de la première enfance	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (C.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.)
Pathologie médicale	DECOURT (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (J.)
Pédiatrie sociale	MARIE (J.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A.)
Physiologie	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	{ DELMAS (A.) <i>pr. s. ch.</i> CABROL (C.) DEBEYRE (J.) OLIVIER (G.)	Neurologie	{ LHERMITTE (F.) GRASSET (J.) LE LORIER (G.) LEPAGE (F.)
Anatomie pathologique	{ GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) <i>pr. s. ch.</i> BUSSET (F.) GOUYGOU (Ch.)	Obstétrique	{ MERGER (R.) MORIN (P.) RAVINA (J.) ROBEY (M.)
Bactériologie	{ NÉVOT (A.) <i>pr. s. ch.</i> CHRISTOL (D.)	Ophtalmologie	{ BRÉGEAT (P.) DESIGNES (P.)
Biochimie médicale	{ ETTORI (J.) <i>pr. s. ch.</i> DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.) SCHAPIRA (R.)	Orthopédie	JUDET (R.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)	Oto-rhino- laryngologie	{ AUBRY (M.) MADURO (R.)
Dermato- Syphiligraphie	DUPERRAT (F.)	Parasitologie	{ BRUMPT (L.-C.) CHABAUD (A.) ABOULKER (P.) BARCAT (J.) BAUMANN (J.) CAUCHOIX (J.) DUBOST (C.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) GOSSET (J.) LAURENCE (G.) LORTAT-JACOB (J.) MATHEY (J.) OLIVIER (Cl.) POILLEUX (F.) THOMERET (G.) VERNE (J.-M.)
Embryologie	Tuchmann-Duplessis (H.)	Pathologie chirurgicale	{
Histologie	{ COUJARD (R.) N... N...		
Hydrologie	CORNET (A.)		
Hygiène	{ BOYER (J.) <i>pr. s. ch.</i> DEPARIS (M.) <i>pr. s. ch.</i>		
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)		
Médecine légale	{ DEROBERT (L.) <i>pr. s. ch.</i> GAULTIER (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)	Pathologie expérimentale	{ LOEPER (J.) MAURICE (P.)
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)		

	MM.		MM.
Pathologie médicale	BOUDIN (G.)	Pharmacologie . .	CHEYMOL (J.) <i>pr. s. ch.</i>
	BOUVIER (J.-B.)		LEVY (Mlle J.) <i>pr. s. ch.</i>
	BRICAIRE (H.)	Physiologie . . .	BARJETON (D.) <i>pr. s. ch.</i>
	BRISSAUD (H.)		PARROT (J.) <i>pr. s. ch.</i>
	CASTAIGNE (P.)		DEJOURS (P.)
	CONTE (M.)	Physique médicale	DJOURNO (A.) <i>pr. s. ch.</i>
	DEROT (M.)		GOUGEROT (L.)
	DOMART (A.)	Pneumo- Phtisiologie . .	KREIS (B.)
	LAMOTTE (M.)		PICHOT (P.)
	LAROCHE (C.-P.)	Psychiatrie . . .	Psychiatrie infantile
	MACREZ (Cl.)		MICHAUX (L.)
	MILLIEZ (P.)	Rhumatologie . .	DELBARRE (F.)
	PÉQUIGNOT (H.)	Stomatologie . .	CERNÉA (P.)
	PERRAULT (M.)		CHAPUT (Mme A.)
	RAMBERT (P.)	Thérapeutique .	CHASSAGNE (P.)
	ROYER (P.)	Urologie	KUSS (R.)
Pédiatrie	THIEFFRY (St.)		
	TURIAF (J.)		
	WOLFROMM (R.)		
	N...		
	JOSEPH (R.)		
	MOZZICONACCI (P.)		
	POLONOVSKY (Cl.)		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale . . .	AMELINE (A.)	Clinique obstétricale . . .	MAYER (M.)
	HUGUIER (J.)	Clinique ophtalmologique	OFFRET (G.)
	LÉGER (L.)		
	PADOVANI (P.)	Clinique pédiatrique . . .	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	ROUX (M.)		
	DREYFUS (Gilbert)		
	HAGUENAU (J.) <i>pr. s. ch.</i>	Clinique psychiatrique .	BARUK (H.)
	KOURILSKY (R.)		
Clinique neurologique . .	MARCHAL (G.)		
	DE SÈZE (S.)		

Secrétaire général de la Faculté M. MOREL (J.)
 Secrétaire Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction M. le Docteur HAHN (A.)
 Conservateur Mlle GOICHON (A.)
 Bibliothécaires } Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.),
 LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*En témoignage de ma grande affection et
de ma profonde reconnaissance.*

A MA FEMME ET A MA FILLE

A MON FRERE

A TOUTE MA FAMILLE ET BELLE-FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CORDIER

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Nous le remercions du grand honneur
qu'il nous fait en présidant cette thèse.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COLONEL SARLIN

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

*Qui a bien voulu nous suggérer le sujet
de cette thèse.*

Sentiments respectueux.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COLONEL FABRE

Chirurgien des Hôpitaux Militaires

Lauréat de la Faculté de Médecine

*Qui nous fit bénéficier dans son service
de son précieux enseignement.*

*Nous lui exprimons ici notre respectueuse
reconnaissance et notre entier dévouement.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT MIMOUN

Chef du Service de Bactériologie et d'Anatomie Pathologique
de l'Hôpital Militaire BEGIN

Qui nous prodigua d'utiles conseils.

Nous lui exprimons toute notre gratitude.

A MES MAITRES DES FACULTES
ET DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES
DE LYON ET DE PARIS

A TOUS MES CAMARADES
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE

INTRODUCTION

C'est un important problème quotidien de chirurgie gynécologique, que celui de la conservation ovarienne.

Après la découverte du rôle endocrinien important de l'ovaire et les constatations des pénibles déséquilibres neuro-endocriniens apparaissant chez les femmes castrées, des efforts louables ont été faits en faveur de la conservation des ovaires, chaque fois que cela était possible, pour assurer à la femme jeune une vie plus normale.

Mais certains échecs de cette chirurgie conservatrice, l'apparition de dystrophies kystiques sur des ovaires restants, ont amené de nombreux auteurs à se pencher sur ce problème de l'avenir fonctionnel et organique des ovaires laissés en place; en particulier, certains auteurs ont attiré l'attention, récemment, sur les risques d'une conservation unilatérale ou fragmentaire de l'ovaire.

Quel donc va être l'avenir de cet ovaire ou de ce fragment d'ovaire conservé. Nous connaissons bien maintenant, outre les échecs de cette chirurgie, les risques plus importants d'apparition de dystrophies kystiques sur cet ovaire restant. Mais dans quelle mesure cette conservation unilatérale n'expose-t-elle pas cet ovaire conservé « in situ » à sa dégénérescence maligne dans un avenir plus lointain?

L'observation d'une de nos malades qui présentait un épithélioma kystique végétant d'un ovaire restant, dont nous avons pu suivre l'évolution, nous a incité à rechercher dans la littérature des observations voisines de la nôtre.

Nous nous proposons, après un bref historique sur la question de l'ovaire restant en général, d'exposer ces observations et d'en faire une étude critique et comparative.

Après avoir apporté quelques données de la statistique, nous essaierons d'envisager quelques hypothèses d'ordre pathogénique et de tirer les quelques conclusions thérapeutiques du point de vue de la prophylaxie de ces tumeurs.

HISTORIQUE

Jusqu'à la fin du siècle dernier, la castration chirurgicale était généralement de règle au cours des hystérectomies.

Mais la mise en évidence de l'importance de la fonction endocrinienne suscita de nombreux efforts en faveur des interventions conservatrices, après les travaux de GLOEVECKE en 1889. En France, cette tendance fût ardemment défendue par JAYLE, en particulier.

Mais certains auteurs, (DOLERIS et SECOND), ayant observé des phénomènes douloureux et des dégénérescences kystiques, se dressèrent contre cette tendance conservatrice.

C'est vers cette époque, en 1913, que SILHOL écrivait : « Si la chirurgie conservatrice est admissible avec un risque inflammatoire, elle nous paraît impropre avec un risque néoplasique, et il nous semble que l'ovaire du côté opposé doit être considéré en chirurgie ovarienne, comme l'analogue du premier ganglion à prendre ».

Et, en 1915, parlant de l'ovaire sclérokystique, JAYME POGGI DE FIGUEIREDO, ajoutait : « Il existe dans l'ovaire sclérokystique des formations anatomo-pathologiques complexes »; et plus loin, il continuait : « La plupart de ces formations pouvant proliférer et provoquer des phénomènes pathologiques plus graves, la résection nous semble parfaitement impliquée ».

Mais en dehors de ces opinions particulières, le problème de la conservation fût discuté sur un plan plus général au *Congrès de Chirurgie* de 1924, où l'on s'intéressât surtout aux nombreux travaux concernant la vascularisation ovarienne (FREDET).

Tandis que MASSABUAU et GUIBAL s'efforcent « d'enlever assez » pour guérir, et de conserver « assez » pour prévenir », les travaux de LIPSCHUTZ (1929) sur l'animal, attirent l'attention sur les risques de la réduction du parenchyme ovarien, facteur d'hyperplasie compensatrice et de dégénérescence kystique, par un mécanisme de déséquilibre hypophyso-ovarien.

C'est vers cette époque que VILLARD, qui fait un grand nombre d'hystérectomies conservatrices (693 sur 1.194), déconseille la conservation d'un seul ovaire, parce que pouvant être la cause d'altérations kystiques et même de dégénérescence cancéreuse.

Et plus tard, tandis que certains auteurs sont sceptiques quant à la valeur d'un ovaire conservé, SIEGMUND conclut que « la conservation d'un ovaire n'est, en somme, qu'un moyen de ménager une transition plus douce vers la suppression complète des fonctions génitales ».

D'autres auteurs, (BECLERE, ROMAN), plus récemment, ont attiré l'attention sur les résultats souvent discutables d'une castration unilatérale. C'est ainsi que les statistiques chirurgicales de CAFFIER, de BURGST et SCHMIDT, de AIMES, ESTOR et SALVAING, et de BECLERE ont prouvé que les femmes qui ont subi une castration unilatérale sont exposées dans une grande proportion à toute une série de troubles d'ordre gynécologique, d'ordre médical et même d'ordre chirurgical.

OBSERVATIONS

OBSERVATION n° I

Mme V... Henriette, âgée de cinquante-sept ans. Mariée, sans enfant.

Hospitalisée le 17 août 1955, pour une volumineuse ascite d'apparition récente.

ANTÉCÉDENTS

En 1937, annexectomie droite pour salpingite.

En 1939, la malade présente un fibrome.

Ayant fait une fausse couche récente, et les hémorragies persistant, on décide, du fait des fibromes, de préférer l'hystérectomie au curetage.

INTERVENTION (23 février 1939)

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Utérus fibromateux avec un gros noyau antérieur et plusieurs noyaux plus petits, bas situés sur l'isthme.

Ligature et section du ligament rond. Refoulement de la vessie. Ligature et section du ligament utéro-ovarien gauche, en dedans des annexes qui seront conservées (les annexes droites ont déjà été enlevées au cours d'une précédente intervention).

Pincement et section des artères utérines sur le côté du col.

Section et fermeture du col.

Surjet de péritonisation.

Paroi en deux plans.

HISTOIRE DE LA MALADIE

Depuis une quinzaine de jours, la malade a constaté une augmentation progressive du volume de l'abdomen. Depuis un certain temps déjà, la malade avait une sensation de « poche » dans la région hypogastrique, et se plaignait de dyspnée.

La malade est anorexique et présente un amaigrissement qu'elle ne peut évaluer. La constipation est habituelle.

EXAMEN

Gros ventre étalé, sans circulation collatérale notable. Matité dans les flancs et dans la région para-ombilicale. On ne trouve une sonorité que dans la région hypogastrique. Petite matité de la base droite sans abolition du murmure vésiculaire.

Par ailleurs, examen cardio-vasculaire normal.

La radioscopie pulmonaire montre une surélévation des coupes diaphragmatiques.

— *T.V.* :

Col restant difficilement mobilisable. Les culs-de-sacs ont perdu leur souplesse.

— *T.R.* :

Il ne montre rien de particulier.

Ponction d'ascite :

On retire 4 l d'un liquide jaune citrin, clair, qui est adressé au Laboratoire pour examen cyto-bactériologique.

— *Examen cyto-bactériologique du liquide d'ascite :*

Il a été pratiqué sur les étalements du culot de centrifugation, des colorations de HARRISHAR et de MAY-GRUNWALD-GIEMSA.

Les deux techniques concordent pour établir la présence d'éléments cellulaires d'allure néoplasique : noyaux monstrueux, nucléoles géants, chromatine disposée en mottes. Hyperchromasie, irrégulières.

Classe P 5 de PAPANICOLAOU.

Culture demeurée stérile.

— *Examen abdominal après ponction :*

A la palpation, perception d'une grosse masse arrondie à concavité inférieure dépassant l'ombilic et mate à la percussion.

— *Le 7 août 1955 : Radiographie thoracique.*

— Diaphragmes droit et gauche surélevés avec horizontalité des coupes diaphragmatiques ; sur le profil, disparition de l'espace clair rétro-cardiaque.

L'opacité cardiaque est partiellement noyée par cette élévation diaphragmatique.

— Elargissement du pédicule vasculaire et déroulement aortique.

— *Le 18 août 1955 : Urographie intraveineuse*

— Aspect bosselé du rein droit.

Temps sécrétoire normal. On ne relève pas au cours de la légère compression, d'images pyélocalicielles anormales. Seul, le bassinet droit est un peu dilaté et présente un contour supérieur en dos de chameau.

— L'uretère droit est élargi dans sa moitié inférieure, et a un trajet concave en dedans, au niveau de la région sacro-iliaque, comme si une masse extrinsèque le repoussait.

— Stase et ptose du rein droit à la décompression, avec siphon urétéral au 1/3 supérieur.

— *Le 20 août 1955 : Lavement baryté*

Le lavement pénètre facilement dans le cadre colique.

Image d'empreinte régulière sur le bord inférieur du sigmoïde, correspondant probablement à une grosse masse abdominale refoulant le sigmoïde vers le haut.

En projection de L5, il existe toujours une petite zone du sigmoïde qui n'est pas imprégnée, mais il n'existe pas de gêne du transit à ce niveau.

— stase importante après évacuation.

— la muqueuse se déplisse bien sous l'effet de l'insufflation.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

— Urée sanguine : 0,35 g

— Glycémie : 0,80 g

— Cholestérol total : 2,27 g

— Protéides totaux : 55,5 g

— Hémogramme : G.R. : 4.860.000; Hb. : 90 %; G.B. : 12.000; P. neutro. : 67; P. éosino. : 5; Lymphocytes : 24; Grands mono. : 4.

INTERVENTION (23 août 1955) (Pr. SARLIN, ROUFFILANCE, Dr ISNARD).

Laparotomie médiane sous-ombilicale, après excision de la cicatrice opératoire antérieure.

A l'ouverture du péritoine, issue d'une grande quantité de liquide ascitique, malgré une ponction de 4 l, pratiquée 48 h. auparavant.

On note l'existence d'un semis de granulations (miliaires) au niveau du péritoine et du foie.

Libération de quelques adhérences du kyste au niveau du sigmoïde et de la face antérieure du recto-sigmoïde. Cette libération a pu néanmoins se faire à moindre frais ainsi que celle de quelques adhérences au niveau de la vessie.

Il persiste alors, une zone cruentée, dépéritonisée du pelvis, où il est impossible de faire une hémostase. On met en place une sonde de Pezzer pour aspiration et on repéritonise la région en utilisant le péritoine vésical et le péritoine pré-sigmoïdien. Cette repéritonisation est pratiquée par points séparés au lin.

Paroi en 3 plans, plan musculo-aponévrotique au nylon. Crin sur la peau et agrafes.

A l'ouverture de la pièce : tumeur végétante de l'ovaire.

— *Examen anatomo-pathologique :*

1) *Tumeur :* Image histologique d'épithélioma végétant de l'ovaire, d'origine germinative.

2) *Granulations péritonéales :* Métastases péritonéales d'épithélioma végétant de l'ovaire.

— *Le 26 août 1955 :*

— Protides totaux : 58 g

— Taux de prothrombine : 60 %

— Urée sanguine : 0,33 %

— *Le 9 janvier 1956 :*

Malade revue en consultation :

— pas de récurrence locale, troubles dyspeptiques;

— bouffées de chaleur.

Traitement par éthinyl-œstradiol 50 gammas

— *Le 20 janvier 1957 :*

Malade revue pour douleurs abdominales, avec quelques troubles du transit peu importants.

Amaigrissement.

— *Examen :*

Augmentation de volume de l'abdomen avec matité dans les flancs, traduisant une ascite.

La palpation révèle une volumineuse masse dans la région para-ombilicale gauche.

Il semble donc s'agir d'une récurrence péritonéale de l'épithélioma de l'ovaire.

La radiographie pulmonaire ne montre aucune localisation pleuro-pulmonaire.

Des radiographies abdominales sans préparation et un transit baryté par voie haute montrent un transit normal.

On envisage alors un traitement par l'or radioactif (Au 198), et la malade est adressée en consultation à la Fondation Curie.

— *Le 11 février 1957 : Examen*

Etat général altéré depuis quelques semaines

Amaigrissement.

Asthénie importante.

Anorexie totale.

Signes fonctionnels respiratoires (dyspnée d'effort) et digestifs (constipation opiniâtre).

Il n'y a pas de sang dans les selles.

Le pouls est rapide et petit.

L'abdomen est distendu par une ascite importante. La palpation permet de déceler une hyperhépatite et une masse au niveau de la région para-ombilicale gauche.

On envisage un traitement par radio-or colloïdal.

— *Le 13 février 1957 : Radiographie thoracique*

— Pleurésie de moyenne importance de la base gauche.

— *Hémogramme :* G.R. : 4.350.000; Hb. : 85 %; G.B. : 10.280; Lympho. : 10,5; Grands Mono. : 4; P.N. neutro : 82; P.N. éosino : 3; P.N. baso. : 0,5.

— *Le 14 février 1957 : Ponction péritonéale.*

La ponction ramène 8 l de liquide d'ascite citrin.

On injecte 100 mm³ de radio-or colloïdal.

A la suite de ce traitement, épisode fébrile qui a duré huit jours et qui n'a cédé qu'à une thérapeutique massive par antibiotiques. Il a été nécessaire d'effectuer des perfusions de sérum glucosé isotonique.

— *Le 28 février 1957 :*

Le volume de l'abdomen mesuré au niveau de l'ombilic n'a pas augmenté depuis le traitement.

— *Le 6 mars 1957 :*

L'ascite se reforme.

Radiographie pulmonaire : vaste opacité homogène de tout l'hémithorax gauche, avec refoulement du médiastin vers la droite, l'ensemble signant une origine pleurale.

A droite : comblement du sinus costo-diaphragmatique.

Malade décédée le 18 mars 1957 par collapsus cardio-vasculaire.

On avait porté le diagnostic de carcinose péritonéale généralisée, avec métastase pleurale gauche, consécutives à une tumeur végétante maligne de l'ovaire gauche restant.

La nécropsie n'a pas été pratiquée.

QUELQUES REMARQUES A PROPOS DE NOTRE OBSERVATION .

L'observation que nous venons de présenter était celle d'une malade de cinquante-sept ans qui présentait un kyste végétant malin sur un ovaire restant.

Chez cette malade qui présentait une ascite importante, il nous a paru intéressant de pratiquer un examen cytologique de ce liquide d'ascite selon la méthode de Papanicolaou.

Cet examen a été significatif, puisqu'il nous a montré l'existence d'éléments néoplasiques qui ont été confirmés par les constatations opératoires, l'examen anatomo-pathologique de la pièce opératoire et l'évolution.

Cette technique, utilisée par ZEMANSKY et MANDELBRAUN, a été aussi mise en valeur par ANTONOPOULOS au *Congrès de Gynécologie et Obstétrique de Genève*, en 1954.

Cette technique peut donner de précieux résultats pour le diagnostic différentiel de l'épanchement péritonéal.

L'exérèse chirurgicale de cette tumeur kystique a donné à la malade, une rémission de l'ascite qui n'est apparue qu'environ un an après, accompagnée de métastases péritonéales.

Il a été pratiqué alors un traitement par les sels d'or radioactifs (Au 198), sous forme d'une injection intra-péritonéale de 100 mm³ après ponction de l'ascite.

L'évolution de l'ascite qui a paru stabilisée quelques jours, a de nouveau repris sa progression, et la mort est survenue dans un délai de un mois.

Ce traitement par l'or radioactif est un traitement moderne et d'application récente. Il trouve ses indications dans les épanchements récidivants, malins, pleuraux ou péritonéaux d'origine inconnue ou indéterminés, et dans les épanchements provoqués par les métastases

séreuses formant des masses tumorales palpables ou visibles. Ce qui revient à dire que l'indication la plus fréquemment rencontrée est celle des cancers de l'ovaire.

Nous n'avons pas obtenu ici de résultat positif, mais des statistiques montrent des résultats un peu plus encourageants. Car, si l'instillation péritonéale d'Au 198 ne fait que prolonger la vie de cinq à six mois, elle s'oppose dans près de la moitié des cas à la répétition de l'ascite (P. PIZON), ce qui est remarquable si l'on sait que certaines ascites nécessitent des ponctions évacuatrices répétées tous les quatre ou cinq jours jusqu'à la mort de la malade.

H.-G. ROBERT écrit : « Il est trop tôt pour crier victoire, mais les résultats sont encourageants ».

OBSERVATION n° II (1)

Mme C..., âgée de trente-deux ans.

Réglée à l'âge de quatorze ans. Mariée. Deux grossesses normales.

L'apparition de ménométrorragies fait pratiquer un examen gynécologique qui montre un utérus fibromateux.

PREMIÈRE INTERVENTION

Hystérectomie abdominale subtotale avec conservation de l'ovaire droit (il s'agit d'une jeune femme de vingt-huit ans), qui est fixé dans la péritonisation.

Appendicectomie.

Les suites sont normales.

Mais quatre ans après l'intervention, la malade vient consulter pour des douleurs de la F.I.D. et de l'hypogastre, suivies de coliques pénibles, douleurs qui disparaissent en décubitus.

L'interrogatoire souligne que depuis l'intervention, la malade, en excellent état général, ne présentant aucun trouble localement, a eu une vie très active.

EXAMEN

L'examen gynécologique fait porter le diagnostic de kyste multiloculaire remplissant tout le petit bassin, et faisant fortement saillie dans la F.I.D.

Le col restant de l'hystérectomie subtotale était sain et mobile avec le fond du vagin.

DEUXIÈME INTERVENTION

Une intervention longue et pénible permet l'ablation d'une énorme tumeur kystique multiloculaire, développée sous le péritoine, très adhérente à la vessie qui est fortement déplacée, ainsi qu'au rectum, à l'uretère droit et à la partie inférieure de l'anse sigmoïde.

Les décollements laborieux laissent une grosse cavité pelvienne cruentée.

Les suites sont simples.

(1) LE FILIATRE, *Journal de Médecine de Paris*, nov. 1930.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Cette tumeur kystique de l'ovaire présente des cavités de toutes formes et de toutes dimensions, tapissées de cellules cylindriques ou cubiques, sur un ou plusieurs rangs et en active prolifération.

Le stroma présentait parfois des travées plus épaisses que dans le kyste muqueux ordinaire, et ces travées étaient généralement infiltrées par des trainées ou des amas d'éléments néoplasiques. Cette tumeur nous a paru représenter un cas d'évolution maligne.

La malade revue un an après, présente un bon état local et général.

A noter seulement quelques bouffées de chaleur.

OBSERVATION n° III (2)

Mme P..., âgée de soixante-sept ans.

A subi une hystérectomie à l'âge de quarante ans, pour fibrome utérin.

Pendant vingt-sept ans, la malade va bien; mais depuis trois mois, elle se plaint de troubles urinaires sous forme de dysurie et de pollakiurie.

EXAMEN

Au T.V., on perçoit une grosse masse volumineuse, dure, irrégulière, qui bombe dans le Douglas et dans le cul-de-sac gauche. Le diagnostic doit logiquement être : tumeur maligne d'un ovaire laissé en place.

INTERVENTION (26 février 1928)

Tumeur du volume d'une tête de fœtus à reflets jaunâtres, sous-péritonéale.

On en commence la libération facile, quand brusquement, la poche se crève, laissant s'écouler un sébum malodorant, ressemblant à une suppuration de kyste dermoïde. On l'enlève.

Il persiste à côté quelques poches bourrées de bourgeons qui semblent malins, mais que l'on peut enlever de manière satisfaisante.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Il s'agit d'une tumeur végétante de l'ovaire, wolfienne, à cellules cylindriques, qui semble histologiquement n'avoir pas une grande malignité.

La malade est revue en 1932 pour une petite tumeur sous-cutanée de la cuisse droite. Elle ne se plaint plus du ventre, et l'examen de ce côté est rigoureusement négatif.

Sous anesthésie locale, l'exérèse de la petite tumeur est facilement réalisée.

L'histologie montre qu'il s'agit d'un épithélioma d'origine ovarienne, disposé en plaque néoplasique, recouverte par un épithélium malpighien normal.

En novembre 1935, la malade, âgée de soixante-quatorze ans, avait toujours un état excellent.

Elle est décédée depuis, sans que nous puissions préciser la date ni la cause de sa mort, huit ans au moins, après le pronostic histologique de malignité qui avait été porté.

(2) In *Thèse*. Jacques MATHIEU, Lyon, 1938.

OBSERVATION n° IV (3)

Mme G..., âgée de trente-cinq ans.

Réglée normalement.

La malade a eu un enfant, à l'âge de dix-sept ans, qui fut extrait par césarienne.

On pratiquait dans le même temps, une ovariectomie gauche pour un kyste bénin.

En 1934, la malade a eu une fausse couche.

En octobre 1941, la malade vient consulter pour :

- une augmentation de volume de l'abdomen;
- des douleurs hypogastriques;
- des douleurs au niveau des seins;
- une pollakiurie nocturne.

EXAMEN

On note :

- une augmentation considérable du volume de l'abdomen avec sensation de flot;
- une matité antérieure absolue, sauf dans la région de l'estomac;
- une sonorité de la région lombaire droite;
- une tumeur lisse et régulière.

Au T.V. : le col est médian; l'utérus est légèrement repoussé à gauche.

Le diagnostic est : kyste de l'ovaire droit.

INTERVENTION (27 octobre 1941)

Ablation d'un volumineux kyste de l'ovaire droit.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Il révèle un kyste mucoïde avec des végétations intrakystiques.

OBSERVATION n° V (4)

Mme P..., âgée de soixante-deux ans.

Ménopausée depuis huit ans.

Elle se présente à la consultation en décembre 1945 pour des métrorragies intermittentes depuis le 8 août 1945.

Elle a subi sans résultat un traitement d'acéto-stérandryl.

En 1923 : annexectomie droite pour salpingite et kyste bénin de l'ovaire droit.
Appendicectomie dans le même temps.

La malade a eu un enfant; pas de fausse couche.

(3) Thèse. Germaine GUÉNOT, Paris, 1947.

(4) In Thèse. Germaine GUÉNOT, Paris, 1947.

EXAMEN

On constate :

- utérus mou, du volume d'une petite orange, en antéversion;
- pas d'induration des culs-de-sac.

Le 18 décembre, une hystérographie montre un utérus double.

Revue le 21 mai 1946, après un long épisode pulmonaire (pleurésie). On trouve alors à l'examen :

- au palper abdominal, une tumeur du volume d'une tête de fœtus;
- le T.V. montre un col atrophique, très en arrière.

Le corps utérin est très en arrière et indépendant de la tumeur dont le pôle inférieur est perçu à la partie profonde, mobile et irrégulier.

Le 5 juin : la tumeur fait saillie à la partie inférieure de l'abdomen; elle est volumineuse, de la grosseur d'une tête d'enfant, allongée, très dure, irrégulière, peu mobile. Il s'agit peut-être d'un kyste multiloculaire végétant.

INTERVENTION (12 juin 1946)

Kyste végétant multiloculaire de l'ovaire gauche.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Kyste très végétant.

Il s'agit d'une malade de soixante-deux ans, ménopausée depuis huit ans, qui présente vingt-deux ans après, une annexectomie droite pour salpingite et kyste bénin, un kyste multiloculaire végétant de l'ovaire restant, révélé par des métrorragies intermittentes.

OBSERVATION n° VI

Mme C..., âgée de soixante ans.

Dans les antécédents, on note une ovariectomie droite pour kyste bénin, il y a vingt ans.

Actuellement, la malade vient consulter pour des douleurs pelviennes et des varices des membres inférieurs.

On note une baisse de l'état général et une fatigabilité marquée.

EXAMEN

On trouve une grosse masse remplissant tout le bassin, qui fait porter le diagnostic clinique de tumeur de l'ovaire gauche.

INTERVENTION

On procède à l'ablation d'un kyste de l'ovaire gauche, multiloculaire, très adhérent aux organes voisins.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Tumeur kystique multiloculaire, entéroïde, mucipare, en train d'évoluer vers un épithélioma kystique.

Cet ovaire présente une métaplasie entéroïde des follicules.

OBSERVATION n° VII (5)

Mme L..., âgée de quarante-trois ans.

A subi, il y a douze ans, une ovariectomie pour volumineux kyste de l'ovaire droit.

L'ovaire gauche, macroscopiquement normal, est laissé en place à cause de l'âge de la malade.

Actuellement, elle présente des douleurs pelviennes, une altération de l'état général, avec une fatigabilité accrue.

On porte le diagnostic clinique de kyste de l'ovaire gauche.

INTERVENTION

On pratique l'énucléation facile d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Il montre deux types d'images :

1° Image de kyste mucoïde ovarien banal.

2° Des figures cellulaires de dédifférenciation qui font craindre une évolution vers la malignité.

OBSERVATION n° VIII (6)

Mme G..., âgée de trente ans.

Cette malade vient consulter pour anorexie, amaigrissement, douleurs, abdomino-pelviennes, avec constipation opiniâtre et douleurs à la défécation.

ANTÉCÉDENTS

Ovariectomie gauche à l'âge de vingt ans, pour un kyste dermoïde de l'ovaire gauche.

Depuis cette intervention, la malade est bien réglée; elle est mariée et a un enfant.

EXAMEN

On trouve à la palpation une masse pelvienne dure, difficilement séparée de l'utérus, avec une lame d'ascite.

On porte le diagnostic de tumeur d'origine génitale, avec ascite.

INTERVENTION

Laparotomie médiane sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine, on est en présence d'une ascite citrine, évaluée à 2,5 l. On découvre un volumineux kyste de l'ovaire droit; il est bloqué dans le Douglas.

Il existe quelques granulations miliaires sur la face péritonéale du kyste, le péritoine pelvien, le recto-sigmoïde.

On constate l'absence d'annexe gauche.

(5) In *Thèse*, Jean d'HERMIES, Paris, 1956.

(6) In *Thèse*, Jean d'HERMIES, Paris, 1956.

Hystérectomie subtotale, avec ablation des annexes droites.

La malade considérée comme atteinte d'une tumeur maligne, reçoit 40 séances de radiothérapie post-opératoire.

La malade revue un an après l'intervention, va bien.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Ovaire jeune, fibreux certes, mais encore muni de follicules, de kystes folliculaires, de corporea albicantia, de corps jaunes.

Cet ovaire est le siège d'un kyste multiloculaire, qui est le résultat d'une métaplasie des épithélium des kystes folliculaires, et de l'épithélium germinatif ovarien de bordure. En même temps, ces épithélium forment des calcosphérites. On ne voit pas ici de malignité histologique, mais dans le domaine des kystes ovariens, seuls l'histoire, le protocole opératoire, l'évolution comptent.

Or ici, il y avait des végétations externes, une ascite, et surtout l'histoire d'un kyste dermoïde dix ans auparavant, sur l'autre ovaire.

OBSERVATION n° IX

Mlle B..., âgée de dix-sept ans.

Elle est adressée avec le diagnostic d'appendicite.

EXAMEN

A la palpation profonde de la fosse iliaque droite, on perçoit une petite masse. Le T.R. ne montre rien.

INTERVENTION (mai 1937)

Laparotomie. On découvre un petit kyste de l'ovaire droit d'allure bénigne. On pratique une ovariectomie droite.

Fermeture.

La malade revient en janvier 1939 (elle a dix-neuf ans) pour une augmentation du volume de l'abdomen.

EXAMEN

Il révèle une tumeur de l'ovaire gauche restant, nageant dans de l'ascite.

Une intervention chirurgicale est conseillée, mais la malade est perdue de vue.

OBSERVATION n° X (7)

Mme C..., âgée de soixante-quatre ans.

Elle présente une petite tumeur de l'ovaire droit.

INTERVENTION (septembre 1936)

Petite tumeur libre d'aspect bénin de l'ovaire droit.

Ovariectomie droite.

La malade revient en février 1938, pour métrorragies.

(7) In *Thèse DIEULANGARD*, Marseille, 1943.

EXAMEN

L'utérus est gros.

L'ovaire gauche est le siège d'une masse tumorale.

INTERVENTION

Cancer végétant de l'ovaire gauche, avec tumeur du corps utérin et un peu d'ascite dans le péritoine.

Tentative d'hystérectomie qui s'avère impossible.

La malade meurt deux mois plus tard.

OBSERVATION n° XI (8)

Mme Y..., quarante-trois ans.

Réglée à treize ans de manière régulière.

Elle a été opérée en 1918 pour une appendicite et en 1927, d'une salpingite.

Elle a continué à être réglée tous les deux mois à peu près, très peu abondamment.

Depuis trois ans, son ventre augmente de volume, mais il n'est devenu douloureux que depuis quatre mois : douleurs abdominales hautes accompagnées de vomissements, d'arrêt des matières et des gaz et d'envies impérieuses d'uriner.

EXAMEN

— T.V. : masse postérieure médiane donnant l'impression d'être utérine mais nettement rénitente.

INTERVENTION (5 mai 1933)

Ablation d'une tumeur ovarienne rétro-utérine développée aux dépens de débris ovariens.

Il s'agit d'une masse de volume d'une tête de fœtus, végétante, présentant des proliférations intrakystiques, mais la surface externe de la tumeur est régulière et lisse.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

— *Fragment de tumeur* : elle est d'aspect papillaire et paraît développée aux dépens de l'épithélium germinatif. Elle ne semble pas suspecte de malignité.

— *Fragment ovarien* : il se présente sous forme de petits nodules avec un stroma cytogène tout à fait caractéristique, sans ovules, mais avec des cicatrices de corps jaunes. Il est entouré d'une gangue scléreuse qui, en surface, prend un aspect légèrement papillaire. Sur une autre coupe, on trouve un très beau kyste folliculaire.

La malade nous répond en avril 1937 qu'elle se porte à merveille.

En somme, évolution favorable suivie quatre ans.

(8) In *Thèse* MATHIEU, février 1938.

OBSERVATION n° XII (9)

Mme S..., âgée de vingt-sept ans.

Hospitalisée en août 1951 pour métrorragies avec caillots, durant depuis quinze jours et consécutives à un retard de règles.

On note une fièvre élevée avec mauvais état général.

INTERVENTION (24 août 1951)

Une colpotomie qui ramène du sang noir est immédiatement suivie d'une laparotomie. Le pelvis était bloqué par les organes génitaux atteints d'inflammation subaiguë et monstrueusement déformés.

On pratiqua une hystérectomie subtotale difficile.

Suites normales.

A postériori, on fait le diagnostic de grossesse extra-utérine.

— En janvier 1953, dix-sept mois après, en excellent état général, la malade présente une masse molle arrondie, fluctuante, grosse comme une orange, occupant le Douglas et le cul-de-sac gauche.

INTERVENTION (28 janvier 1953)

On trouve un kyste à paroi mince, bleuté, développé dans le Douglas et le méso-sigmoïde. Le clivage est facile.

EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Sur un fragment au sein d'un stroma fibreux plus ou moins dense, on trouve une production ayant l'aspect d'un corpus albicans. Une cavité assez volumineuse plus ou moins comblée de sang est tapissée par 8 ou 10 rangées de cellules polygonales. L'aspect réalisé est celui d'un kyste folliculaire avec début de transformation lutéinique.

Sur un autre fragment, on trouve la paroi fibreuse, relativement mince d'une cavité kystique. La surface intérieure est tapissée par une rangée de cellules cylindro-cubiques, un peu inégales, à fort noyau. Par places, ce revêtement dessine quelques petites végétations.

Il n'y a cependant aucun signe de transformation épithéliomateuse.

Conclusion : Paroi d'un kyste de type séreux germinatif.

OBSERVATION n° XIII (10)

Mme S..., quarante-deux ans.

Opérée le 18 mai 1946 pour kyste hématique tubo-ovarien droit. Castration droite. On respecte l'utérus qui est sain et l'annexe gauche; l'utérus, au toucher, paraît un peu gros.

Augmentation brusque du volume de l'abdomen.

(9) MM. MACENDIE, LÉGER et KOLENC. In *Bordeaux chirurgical*, juillet 1953 (Observation résumée).

(10) DESJAQUES. In *Lyon Chirurgical*, 1948.

EXAMEN (juin 1947)

Grosse masse médiane allant du pubis à l'ombilic; elle tombe dans le Douglas, refoule le col utérin en avant. Importante dysurie.

INTERVENTION (10 juillet 1947)

Incision médiane. Grosse tumeur adhérente de toutes parts à la vessie, à l'S iliaque. On retire de la tumeur plus de 1 l de sang.

Extirpation impossible.

Suites opératoires simples.

Radiothérapie post-opératoire.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Signes évidents de malignité.

ETUDE CRITIQUE ET COMPARATIVE DES OBSERVATIONS

De cette étude de quelques observations de dégénérescence de l'ovaire restant, chez des femmes ayant subi une castration unilatérale pour des indications diverses, avec ou sans hystérectomie, il ressort un certain nombre de faits que nous nous proposons de discuter.

D'une façon générale, toutes les tumeurs que nous avons retrouvées sur cet ovaire restant, étaient des tumeurs non spécifiques de l'ovaire à différenciation épithéliale, selon la classification adoptée par LAFFARGUE.

Dans aucun des cas, nous n'avons retrouvé de tumeur d'origine mésenchymateuse ou de tumeur spécifique à différenciation gonadique.

D'autre part, dans tous les cas observés, ces tumeurs étaient des kystes séreux ou mucoïdes, multiloculaires ou uniloculaires, avec ou sans végétations, avec ou sans ascite, présentant des caractères histologiques de malignité, ou bien simplement bénins. Et l'on peut se demander avec SCHILLER, si toutes les tumeurs malignes de l'ovaire ne sont pas nécessairement précédées d'une dégénérescence kystique bénigne.

Il semble que nous puissions classer ces observations en trois groupes distincts :

- Malades ayant subi une ovariectomie unilatérale pour un kyste bénin de l'ovaire (*obs. n^{os} IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XIII.*)
- Malades ayant subi une avariectomie pour une autre affection, avec ou sans hystérectomie (*obs. n^{os} I, II, III.*)
- Malades ayant subi une castration totale, chez qui l'on a retrouvé des formations kystiques bénignes ou malignes : (*obs. n^{os} XI, XII.*)

Dans la première série, il est intéressant de remarquer que, chez des malades qui avaient subi une castration unilatérale pour un kyste simple bénin, il est apparu un kyste mucoïde qui s'est révélé de douze à vingt-deux ans après l'intervention initiale (*obs. n^{os} IV, V, VI, VII*).

Il faut noter le très long intervalle (respectivement dix-huit, vingt-deux, vingt et douze ans) qui s'est écoulé depuis la première intervention. Il est, sans doute, en rapport avec la très lente évolution de ces kystes mucoïdes de l'ovaire.

Dans l'*observation n^o VIII*, il est curieux de noter qu'il est apparu un kyste séreux avec ascite et granulations péritonéales dix ans après une ovariectomie pour un kyste dermoïde. L'association des kystes dermoïdes à d'autres néoplasmes, dans le même ovaire ou dans l'ovaire opposé, est bien connue, 13,4 % selon LIPPET). Mais ils sont, en général, associés à des kystes pseudo-musineux. L'association à un kyste séreux est bien plus rare et bien plus difficilement explicable (BARZILAI en rapporte seulement un cas dans son Atlas).

Dans les *observations n^{os} IX et X*, l'apparition d'une tumeur ovarienne maligne avec ascite, seulement deux ans après l'intervention initiale, semble montrer qu'elle soit le fait d'une récurrence sur l'autre ovaire d'un processus malin, ou du développement secondaire d'éléments néoplasiques restés jusque-là latents. La coexistence d'une ascite fait penser qu'il s'agissait de kystes séreux végétants, qui sont souvent bilatéraux (FRANK : 60 %; KERMAUNEUR : 60 à 80 %).

Dans la deuxième série, l'ovariectomie unilatérale a été pratiquée en même temps qu'une hystérectomie subtotale (*obs. n^{os} II et III*), pour fibrome. Dans l'*observation n^o I*, l'ovariectomie a été pratiquée pour une annexite et, dans un deuxième temps, on a fait une hystérectomie totale pour fibrome.

Dans ces 3 cas, on ne peut parler de récurrence d'un processus néoplasique, bien qu'on ne puisse pas écarter l'hypothèse de l'existence d'éléments néoplasiques à l'état latent, qui auraient été influencés après la castration unilatérale par un déséquilibre hormonal anté-hypophyso-ovarien. D'autre part, on ne peut négliger le rôle de l'hystérectomie comme facteur de perturbation de la vascularisation ovarienne. Ce sont là, les mêmes facteurs qui sont souvent invoqués dans le déterminisme de la dégénérescence dystrophique de l'ovaire.

Dans la troisième série (*obs. n^{os} XI et XII*), nous avons rapporté deux observations concernant des néo-formations développées au dépens de débris ovariens (ou d'ovaires surnuméraires), après castration totale.

Dans l'observation n° XI, on note l'apparition d'un volumineux kyste germinatif, à végétations intra-kystiques, développé six ans après une annexectomie bilatérale pour salpingo-ovarite. Mais il semble que son apparition ait été plus précoce, car depuis trois ans, la malade voyait son ventre grossir.

L'observation n° XII envisage le cas d'une malade qui avait subi une hystérectomie subtotale pour grossesse extra-utérine, associée à d'importants phénomènes inflammatoires, et chez qui on a vu se développer dix-huit mois après, une formation kystique résiduelle. L'histologie révéla la présence d'un kyste séreux germinatif, associé à un kyste folliculaire.

Donc, sur ces débris ovariens, se sont développées des néoformations bénigne et maligne, après un délai de deux à trois ans seulement après la castration.

Les troubles qui ont amené ces malades à consulter sont très divers :

— *Des phénomènes locaux :*

— augmentation plus ou moins rapide du volume de l'abdomen (*obs. n°s IV, IX, XI et XIII*), mais il n'y avait de l'ascite que chez 3 malades (*obs. n°s I, VIII et X*). Et dans ces cas, l'évolution a été rapidement fatale.

— des douleurs hypogastriques (*obs. n°s II, IV, VI, VII et VIII*).

— des troubles urinaires : dysurie et pollakiurie (*obs. n°s III et IV*).

— un syndrome de pseudo-occlusion (*obs. n°s II et XI*).

— *Des troubles généraux :*

— anorexie, amaigrissement, fatigabilité accrue (*obs. n°s I, VI, VII et VIII*).

Chez toutes ces malades, des constatations opératoires ou anatomopathologiques ont montré des tumeurs malignes ou en train de dégénérer. Si l'évolution a été fatale chez notre malade (*obs. n° I*), nous ne savons pas ce qu'il est advenu des autres malades.

— *Des troubles à distance :*

— varices des membres inférieurs (*obs. n° VI*).

— *Des troubles génitaux :*

— métrorragies chez des femmes ménopausées (*obs. V et X*).

En somme, l'ascite et l'altération de l'état général ont été des signes de malignité.

L'âge des malades ne nous donne pas de renseignements particuliers. Nous voyons apparaître des tumeurs ovariennes à des âges variés, de dix-sept à soixante-sept ans. Mais si nous calculons quelle est la moyenne d'âge, nous trouvons, quarante-six ans, que nous considérions uniquement les tumeurs histologiquement malignes, où que nous considérions l'ensemble de ces tumeurs kystiques de l'ovaire. Ce petit nombre de cas ne nous permet pas de tenir une grande rigueur de ces chiffres; toutefois, notons que ce chiffre est nettement inférieur à l'âge moyen d'apparition du cancer de l'ovaire qui se situe entre soixante et soixante-cinq ans, c'est-à-dire environ dix à vingt ans après la ménopause. D'autre part, nous avons vu que l'intervalle moyen entre la première intervention et l'apparition du cancer de l'ovaire, était de dix ans dans l'ensemble de nos observations.

Faut-il conclure que la castration unilatérale aboutisse à la ménopause et que les déséquilibres hormonaux qu'elle entraîne, entrent en jeu dans le déterminisme des tumeurs de l'ovaire?

C'est ce que nous essaierons d'envisager, après avoir relevé quelques statistiques.

STATISTIQUES

Considérant le fait que, dans la plupart des observations que nous venons de présenter, la tumeur ovarienne s'est révélée sur l'ovaire restant après un long intervalle, allant jusqu'à vingt-deux ans, nous concevons qu'il est difficile d'établir des statistiques valables concernant un grand nombre de malades ayant subi une hystérectomie avec conservation unilatérale d'un ovaire, car, cela suppose de réexaminer ces mêmes femmes dans des délais s'étendant sur plusieurs dizaines d'années.

Cependant, il nous a paru intéressant de donner quelques chiffres de REYCRAFT de Cleveland, avec toutes les réserves qui s'imposent.

Il a, en effet, retrouvé 9 cas de cancer ovarien après hystérectomie, sur une série de 4.500 hystérectomies conservatrices pratiquées pendant une période de dix ans, de 1944 à 1953.

Sur ces 9 cas, 3 sont apparus moins de dix ans après l'hystérectomie, conservatrice. Dans 5 cas, l'intervalle fût de douze à dix-neuf ans et un seul apparut vingt-deux ans après. Quatre des malades avaient moins de quarante-cinq ans, 4 avaient de quarante-cinq à cinquante ans, et une, plus de cinquante ans.

Mais il nous paraît que cette fréquence serait sans doute plus élevée si nous l'envisagions par rapport au nombre d'hystérectomies avec conservation unilatérale de l'ovaire, et surtout, si nous avions un recul de temps bien plus important.

Dans une autre statistique, COUNSELLER, HADLER et HUNT, envisagent le problème sous un angle différent.

Considérant une série de 1.500 cancers de l'ovaire vérifiés, sur une période de vingt-trois ans, de 1930 à 1952, ils trouvent que, dans 67 cas, une hystérectomie avait été pratiquée pour une affection bénigne, non cancéreuse.

Mais les auteurs ne nous précisent pas si l'un ou les deux ovaires avaient été enlevés au cours de l'hystérectomie, ni quelles variétés anatomo-pathologiques de cancer sont apparues sur ces ovaires restants.

Il nous paraît toutefois intéressant de reproduire les quelques tableaux récapitulatifs de cette statistique, tableaux qui nous montre l'âge des malades au moment de l'hystérectomie, l'âge de la malade au moment où le cancer fût découvert, et l'intervalle de temps qui s'est écoulé entre la première intervention et la découverte du cancer de l'ovaire.

TABLEAU I
ÂGE AU MOMENT DE L'HYSTÉRECTOMIE

<i>Age</i>	<i>Nombre de malades</i>	<i>Pourcentage</i>
Moins de 30 ans ..	2	3 %
De 30 à 39 ans	20	29,9
De 40 à 49 ans	29	43,2
De 50 à 59 ans	13	19,4
60 ans et plus	3	4,5
<i>Total :</i>	67	100 %
Moyenne : 44,4 ans		
— La plus jeune : 28 ans		
— La plus âgée : 74 ans		

TABLEAU II
ÂGE AU MOMENT OÙ LE CANCER DE L'OVAIRE EST DÉCOUVERT

<i>Age</i>	<i>Nombre de malades</i>	<i>Pourcentage</i>
Moins de 40 ans	3	4,5 %
De 40 à 49 ans	19	28,4
De 49 à 59 ans	28	41,7
De 60 à 69 ans	13	19,4
70 ans et plus	4	6
<i>Total :</i>	67	100 %
Moyenne : 54,6 ans		
— La plus jeune : 37 ans		
— La plus âgée : 78 ans		

On peut noter, d'après le *tableau I*, que 67 % des malades avaient subi une hystérectomie après quarante ans.

D'après le *tableau II*, nous remarquons que 97 % des cancers sont apparus après quarante ans.

D'après le *tableau III*, nous constatons que chez environ 80 % des malades, l'intervalle de temps entre l'hystérectomie conservatrice et la découverte du cancer de l'ovaire, était de cinq ans ou plus.

TABLEAU III
INTERVALLE ENTRE HYSTÉRECTOMIE ET DÉCOUVERTE DU CANCER

<i>Age</i>	<i>Nombre de malades</i>	<i>Pourcentage</i>
De 0 à 4 ans	14	20,9 %
De 5 à 9 ans	21	31,4
De 10 à 14 ans	12	17,9
De 15 à 19 ans	13	19,4
20 ans et plus	7	10,4
<i>Total :</i>	67	100 %
<i>Moyenne : 10,2 ans</i>		

CARIKER et DOKERTY de Philadelphie, sur une série de 217 cas de tumeurs bénignes de l'ovaire, ont pratiqué 96 salpingo-ovariectomies unilatérales. Chez 4 de ces malades, des kystes mucoïdes de l'ovaire restant se sont développés.

WEILL G., dans une statistique française, établie à la Clinique Gynécologique de Strasbourg, présente une série de 28 malades ayant subi une castration unilatérale et qui ont été réopérées sur ces ovaires restants. L'auteur note :

- 11 cas de dégénérescence kystique,
- 5 cas de récurrence d'une annexite,
- 2 cas d'endométriase ovarienne,
- 2 cas de papilles végétantes bénignes de l'ovaire,
- 3 cas d'épithélioma germinatif de l'ovaire,
- 1 cas de néoplasme dysgénétique.

L'auteur souligne que la présence ou l'absence de l'utérus ne semble avoir joué aucun rôle dans le devenir ovarien.

Cette statistique aurait eu plus d'intérêt, si l'auteur nous avait précisé la cause de l'intervention première et l'âge de chacune des malades au moment des interventions.

KERYELL J., qui rapporte une série de 80 cas d'ovaires restants (un ou deux ovaires conservés), revus de quatre à huit ans après l'intervention initiale, à la Clinique Gynécologique de l'Hôpital Broca, à Paris, ne signale cependant aucun cas de dégénérescence maligne

sur ovaire restant. Mais il faut noter que les malades ont été revues entre quatre et huit ans après l'intervention initiale, ce qui nous paraît trop court pour écarter toute possibilité de transformation maligne tardive.

Ces quelques statistiques sont trop disparates et pas assez centrées sur le problème que nous envisageons, c'est-à-dire sur le fait que, un seul des ovaires est conservé, pour que nous puissions avoir une idée exacte de la fréquence de la dégénérescence maligne de l'ovaire restant.

Cependant, elles nous montrent que certains auteurs se sont inquiétés de cette éventualité et ne l'ont pas toujours considérée comme fortuite.

Un point mérite d'être souligné, c'est le long intervalle de temps qui sépare la castration unilatérale et la découverte du cancer de l'ovaire (10,2 ans pour COUNSELLER, et environ 10 ans en moyenne selon les observations que nous avons présentées), ce qui rend difficile toute statistique.

L'OVAIRE RESTANT

I. — RESULTATS DE LA CONSERVATION

Avant d'entreprendre les quelques hypothèses d'ordre pathogénique qui nous semblent intervenir dans ces transformations kystiques de l'ovaire, il nous paraît nécessaire de donner un aperçu des résultats, tant du point de vue fonctionnel qu'organique, obtenus après une ovariectomie unilatérale. Nous avons recueilli pour cela des statistiques et l'avis de différents auteurs qui se sont intéressés à la question.

Déjà, au *Congrès de Chirurgie* de 1935, DESMARETS, qui pratiquait des interventions conservatrices, déclarait : « Je trouve sur 132 cas, 70 opérées qui ont vu apparaître plus ou moins rapidement quelques troubles de la ménopause, consistant en céphalées, vertiges, nervosité accrue et bouffées de chaleur. Et dans 28 cas, les bouffées de chaleur furent assez importantes pour que ces cas puissent être considérés comme des échecs ».

Et P. MOCQUOT, en 1938, constate que : « Si la différence était très frappante entre les hystérectomisées sans ovaires et celles qui en ont conservé au moins un, il n'y aurait pas eu tant de discussions à ce sujet ».

Plus récemment, BURGST et SCHMIDT de Berlin, sur 519 cas d'ovariectomies unilatérales, retrouvent très fréquemment des troubles de ménopause précoce.

AIMES de Montpellier, sur une série de 30 observations, rapporte dans 14 cas des signes fonctionnels de pré-ménopause.

GAUTHIER (*Thèse*, Paris, 1955), rapporte 12 cas de malades présentant des bouffées de chaleur sur une série de 45 malades hystérectomisées avant quarante ans pour fibromes utérins ou salpingites.

Et il semble que nous puissions conclure avec BECLERE C., que : « Après l'ablation unilatérale d'un ovaire, il se produit, dans la majorité des cas, après quelques mois ou quelques années, tout un ensemble de troubles, troubles des règles et troubles hormonaux qui correspondent à une véritable ménopause précoce ».

Mais ces troubles fonctionnels que l'on peut considérer comme des échecs, ne sont pas les seuls risques de cette chirurgie. La dégénérescence dystrophique kystique est aussi une éventualité fréquente. (C. BECLERE, en trouve 3 cas sur 7 ovaires restants, et G. GAUTHIER rapporte dans sa Thèse (Paris, 1955), 16 cas sur 73 hystérectomies avec conservation d'un ovaire).

INTERPRETATION DE CES RESULTATS

Une hypothèse de C. ROMAN paraît très séduisante car elle permet d'expliquer l'ensemble des troubles de la conservation ovarienne.

En expérimentant chez le cobaye, il a remarqué qu'une interruption partielle ou totale de la vascularisation de l'ovaire n'entraînait pas une dégénérescence kystique, mais une atrophie de l'ovaire. Ce qui expliquerait l'insuffisance fonctionnelle de l'ovaire et l'apparition des phénomènes pré-ménopausiques.

D'autre part, l'apparition de dystrophies kystiques ne serait pas liée directement à la perturbation de la vascularisation, mais elle serait secondaire à l'atrophie d'une partie de cet ovaire qui serait l'équivalent d'une résection partielle. Les dystrophies kystiques se développeraient sur le fragment d'ovaire restant, fonctionnellement normal, selon les hypothèses de LIPSCHUTZ.

Quant aux phénomènes inflammatoires, ils pourraient influencer l'apparition de dystrophies kystiques, en s'opposant à la rupture des follicules arrivés à maturité, et, en outre, en rendant plus difficile le respect d'une vascularisation correcte à l'ovaire au cours de l'intervention.

En somme, que ce soit directement par réduction du parenchyme ovarien, ou indirectement par des lésions d'atrophie d'origine vasculaire, on retrouve presque toujours une insuffisance ovarienne se traduisant par une augmentation de la sécrétion de l'hormone gonadotrope hypophysaire, comme chez les femmes castrées ou ménopausées (VARANGOT).

II. — LA DEGENERESCENCE « NEOPLASIQUE » DE L'OVAIRE RESTANT

TUMEURS KYSTIQUES BENIGNES VRAIES ET TUMEURS MALIGNES

Nous confondons sous la même rubrique « dégénérescence néoplasique », les néoformations ovariennes vraies bénignes et malignes. Ce qui nous permet d'une part, de bien les différencier des dystrophies

fonctionnelles, et d'autre part, de montrer le lien de parenté qui existe entre ces deux groupes de tumeurs de l'ovaire, en passant par les « semi-malignant tumors » ou « borderline tumors » des auteurs américains.

En effet, il existe toutes les formes intermédiaires entre le kyste simple bénin avec ou sans végétations, et l'épithélioma végétant massif de l'ovaire (GEIST, EWING, NOVAK, MASSON). D'autre part, le potentiel de malignité de toutes les tumeurs kystiques bénignes de l'ovaire n'est plus à démontrer. D'après JONHSON et MICHAELS (1953), 66,6 % des kystes séreux seraient d'emblée malins ou « pré-malins »; et d'autre part, il existe aussi des dégénérescences malignes secondaires d'un kyste séreux. Quant aux kystes papillaires, GEIST considère que 80 % sont doués d'un potentiel de malignité.

Les kystes mucoïdes dégèrent plus rarement, (MEYER, BARZILAI 5 %); GEIST a observé la dégénérescence 11 fois sur 75 cas. Mais certains de ces kystes, par leur évolution, peuvent se comporter comme des tumeurs malignes.

Il semble donc que l'on puisse considérer les tumeurs malignes comme issues des tumeurs bénignes, et leur origine pourra être souvent considérée comme identique.

Mais l'histogénèse de ces tumeurs de l'ovaire est très discutée et a fait l'objet de nombreuses théories, en particulier, en ce qui concerne les kystes pseudo-muqueux.

Selon la théorie de RIBBERT et LECÈNE, admise par NOVAK et MEYER, il s'agirait de tumeurs tératoïdes, de dysembryomes dans lequel l'épithélium endodermique a supplanté tous les autres éléments.

Cette hypothèse expliquerait la coexistence de certaines tumeurs de parties mucoïdes et dermoïdes (kystes mixtes).

La ressemblance de leur épithélium avec l'épithélium intestinal leur a fait donner le nom de kystes « entéroïdes » (LECÈNE).

Selon la théorie de OLSHAUSEN, MASSON, MÉNÉTRIER; ces kystes se développeraient au dépend de vestiges wolffiens.

Enfin, MALASSEZ et DE SINETY, attribuent ces kystes pseudo-muqueux, comme les kystes séreux, à l'épithélium superficiel de l'ovaire (épithélium germinatif de Balfour).

FORMATION DE KYSTES « NEOPLASIQUES » SUR DEBRIS OVARIENS ET SUR OVAIRE RESTANT

D'après nos observations, il semble que l'on doive envisager deux groupes de tumeurs :

- celles qui surviennent sur l'ovaire restant après ovariectomie unilatérale pour kyste supposé bénin de l'ovaire et qui sont

souvent le fait de tumeurs bilatérales existant à l'état latent, peut-être influencées secondairement par la castration unilatérale. Nous en parlerons dans notre prochain chapitre.

- celles qui paraissent liées aux mêmes facteurs que ceux de la dégénérescence kystique (réduction du parenchyme ovarien, troubles de la vascularisation, phénomènes inflammatoires).

Nous avons vu comment la réduction du parenchyme ovarien pouvait entraîner des dystrophies kystiques. Mais des faits permettent de penser qu'elle pourrait être aussi à l'origine de « néoplasies ».

Les observations de kystes résiduels du Douglas sont relativement fréquentes (nous en rapportons 2 cas dans nos observations : *obs. n^{os} XI et XII*) et la plupart des auteurs les attribuent à des débris ovariens abandonnés ou à des ovaires surnuméraires (ils existent chez 4 % des femmes). J.-E. MARCEL et M. FABRE insistent récemment à propos de ces kystes, sur leur tendance désespérante à la récurrence. Ce qui est en faveur d'un processus « néoplasique ».

Et il semble que dans une certaine mesure l'on puisse assimiler l'ovaire restant plus ou moins réduit par un processus de sclérose d'origine vasculaire, à ces débris ovariens. Tous deux peuvent subir tantôt une dégénérescence dystrophique, tantôt une dégénérescence « néoplasique » peut-être sous l'influence de l'hormone gonadotrope.

L'HORMONE GONADOTROPE ET LE CANCER DE L'OVAIRE

De nombreux travaux ont été faits sur le rôle réciproque de l'hormone gonadotrope et du cancer, en général.

C'est ainsi que H. et B. ZONDEK et W. HARTOCH avaient pensé que les prolans avaient une action freinatrice sur le cancer. Mais leurs recherches et celles d'autres auteurs n'ont pas été concluantes.

Par contre, W. SAPHYR, dans 4 cas sur 5 de tumeurs malignes génitales a pu mettre en évidence l'augmentation de la sécrétion du prolan A, et dans un cas d'adénocarcinome de l'ovaire, l'hormone lutéinisante était augmentée. Et il conclut qu'il existe une relation étroite entre le prolan A et les tumeurs malignes d'origine génitale.

D'autre part, nous savons que les diverses tumeurs ovariennes expérimentales connues résultent de techniques différentes (RX, cœli-anastomose avec animal castré), mais les hormones gonadotropes dominent leur mécanisme de production (R. BOURC).

Il semble donc que cette hormone antéhypophysaire pourrait jouer un rôle non négligeable dans la genèse de certaines tumeurs néoplasiques de l'ovaire, de même qu'elle intervient dans la formation des dystrophies kystiques.

Enfin, il est intéressant de faire le rapprochement entre l'âge moyen de plus grande fréquence du cancer de l'ovaire, qui se situe vers soixante ans, et la période post-ménopausique où on note, une augmentation importante de l'hormone gonadotrope.

Mais cette hormone agirait-elle directement, ou bien par l'intermédiaire de la folliculine dont nous connaissons le pouvoir cancérigène?

LA FOLLICULINE ET LE CANCER DE L'OVAIRE

Les travaux de C. CHAMPY sont très significatifs à ce sujet.

Elle a réussi la première à réaliser expérimentalement chez des animaux, des adénomes et des kystes ovariens à l'aide de l'hormone sexuelle et elle signale que ce phénomène est d'une constance remarquable. Elle a obtenu au niveau du hile de l'ovaire des tumeurs qui présentaient parfois des papilles et des vésicules-filles, aspect tumoral évident.

La folliculine administrée en excès provoque régulièrement la dégénérescence des follicules. Et lorsque les ovaires sont altérés par la folliculine, il se produit une hyperplasie diffuse et le rete ovarien devient végétant (KUND, D'AMOUR et GUSTAVSON).

Par ailleurs, il existe dans les ovaires de femmes et, en particulier, dans les ovaires sclérokystiques ou scléreux, des kystes dérivés de l'épithélium germinatif; or, ces mêmes kystes se rencontrent dans les ovaires des femmes qui ont reçu de fortes doses de folliculine, et, en particulier, lorsque les doses ont abouti à la stérilisation presque complète.

Et même, l'hyperfolliculinémie de la grossesse qui est moins élevée que celle réalisée au cours des expériences, peut entraîner chez le cobaye, une hyperplasie du rete et la formation de kystes.

Enfin, KELLER et C. CHAMPY insistent sur le fait que, chez la femme, les kystes germinatifs n'apparaissent pas dès le début de la folliculinisation, mais seulement sur des ovaires sensiblement stérilisés ou à tendance scléreuse. Ils pensent que ce sont des facteurs nécessaires à la production de ces kystes.

Cette étude expérimentale de la formation de kystes germinatifs par la folliculine, nous a paru intéressante. Car nous avons vu que l'ovaire restant pouvait être le siège d'un processus scléro-atrophique du fait des troubles vasculaires.

D'autre part, il faut noter que si certaines femmes castrées présentent des troubles ménopausiques, d'importance variable d'ailleurs, il est incontestable que certaines femmes ne présentent que peu ou

pas de troubles de la ménopause et que c'est seulement à l'âge critique qu'elles voient apparaître ces troubles. Certains auteurs, (LAROCHÉ, SIMONNET et HUET), ont trouvé chez certaines femmes castrées des quantités importantes de folliculine dans l'urine et parfois dans le sang et leur fréquence est trop élevée pour qu'on puisse penser qu'elle soit toujours le fait d'un ovaire surnuméraire (4 % des femmes en possèdent un) ou de débris ovariens. Quelle peut être alors l'origine de cette folliculine? SEGUY l'attribue à un produit de désintégration du cholestérol, et NOVAK suppose qu'elle est d'origine hypophysaire. Mais à l'heure actuelle, nous ne le savons pas. Et si nous admettons que chez la femme qui a subi une castration unilatérale, l'hormone gonadotrope entraîne une sécrétion exagérée de folliculine sur le fragment d'ovaire restant, on peut penser que l'on se trouve ainsi dans certains cas dans les conditions de réalisation expérimentale de tumeurs ovariennes.

PEUT-ON ADMETTRE LE PASSAGE DE LA FORME KYSTIQUE DYSTROPHIQUE A LA FORME KYSTIQUE VRAIE?

Nous avons vu la fréquence des dystrophies kystiques sur l'ovaire restant.

D'autre part, nous avons vu que les kystes germinatifs étaient souvent associés dans un même ovaire à des kystes folliculaires. Il serait tentant d'admettre le passage de la forme dystrophique à la forme kystique. Mais la majorité des auteurs n'admettent pas cette éventualité. Cependant, EWING (1942) pense que certains kystes ont une origine folliculaire, mais dont nous ignorons les structures.

Jean D'HERMIES (*Thèse*, Paris, 1956), à propos de l'histogénèse des kystes séreux et pseudo-muqueux envisage le passage par un processus de métaplasie avec retour aux éléments ancestraux.

Il a, en effet, pratiqué de très nombreuses coupes en série de tumeurs kystiques ovariennes, et il a trouvé dans un nombre important de cas, des images de métaplasie de follicules.

C'est ainsi que dans l'*observation n° VI*, en note à l'histologie : « tumeur kystique multiloculaire, entéroïde, mucipare, en train d'évoluer vers un épithélioma kystique. Cet ovaire présente une métaplasie des follicules ».

Et dans l'*observation n° VIII* : « ...cet ovaire est le siège d'un kyste multiloculaire qui est le résultat d'une métaplasie des épithéliums des kystes folliculaires, et de l'épithélium germinatif de bordure ». Il pense, sans pouvoir en apporter la preuve, que les kystes multiloculaires ovariens classiques ont probablement une origine

dystrophique et ceci, sous l'influence vraisemblable de stimuli hormonaux. Il envisage par le même mécanisme la formation de certains kystes séreux.

Nous n'avons pas eu la prétention de résoudre, par ce bref exposé, le problème si complexe des tumeurs ovariennes et de leur pathogénie. Nous avons seulement voulu attirer l'attention sur le fait que la castration unilatérale peut créer un terrain endocrinien particulier qui, associé à un état constitutionnel, peut favoriser le développement de certaines néoplasies ovariennes bénignes et malignes.

Il semble, cependant, que l'on puisse, à défaut de pathogénie exacte, en déduire, quelques notions thérapeutiques d'ordre prophylactique.

QUELQUES NOTIONS D'ORDRE PROPHYLACTIQUE

Le problème prophylactique existe-t-il en matière de tumeur maligne?

Il existe certainement pour la plupart des tumeurs malignes épithéliales kystiques, et il semble que ce soit la prophylaxie des tumeurs kystiques vraies.

H. SCHMID déclarait au *Congrès International de Gynécologie et Obstétrique de Genève*, en 1954 : « L'extirpation des tumeurs bénignes de l'ovaire est une des rares occasions de pratiquer une véritable prophylaxie du cancer ».

Mais ce problème prophylactique ne va pas se poser uniquement devant une tumeur bénigne diagnostiquée. Il semble qu'il puisse se poser au cours des interventions conservatrices, au même titre que la prophylaxie des dystrophies fonctionnelles.

LA PREVENTION AU COURS DE L'INTERVENTION INITIALE

Il semble que l'on puisse envisager sensiblement les mêmes facteurs que ceux qui paraissent être à l'origine des dystrophies kystiques. Mais à cela près, que la dystrophie kystique est essentiellement bénigne, tandis que toute tumeur bénigne vraie a un certain potentiel de malignité.

Ainsi nous insisterons sur un certain nombre de points :

— La chirurgie ovarienne ne devra être envisagée qu'avec beaucoup de circonspection, et il semble que l'on doive être abstentionniste toutes les fois que l'on peut.

En particulier dans les annexites, on n'interviendra qu'après échec d'un traitement médical et crénothérapique suffisamment prolongé. Au cours des hystérectomies pour fibromes utérins, il ne faudra pas pratiquer de castration unilatérale pour des raisons de facilité ou bien

parce qu'il existe quelques petites lésions kystiques banales, le plus souvent, d'ailleurs, bilatérales, sous le prétexte qu'un seul ovaire peut bien prévenir, chez la femme jeune, l'apparition des troubles de la castration. Ce qui n'est pas toujours le cas.

— D'autre part, chaque fois que l'on sera amené à conserver les deux ovaires ou un seul à plus forte raison, il faudra le faire dans les meilleures conditions de fonctionnement; c'est dire le soin avec lequel il faudra ménager la vascularisation au cours des hystérectomies. Mais le point essentiel réside dans la conservation de l'arcade anastomotique de l'ovaire entre artères utérines et artères utéro-ovariennes. Il faudra donc conserver au maximum le ligament large et libérer avec prudence l'importante frange tubaire de Richardson.

Nous avons vu comment des perturbations de la vascularisation ovarienne, pouvaient réaliser l'équivalent d'une résection partielle (ROMAN).

— Car il nous a paru important de noter le facteur de poids qu'est la réduction du parenchyme ovarien, qui semble jouer un rôle de premier plan dans le déterminisme des néoformations ovariennes, par un mécanisme de déséquilibre hypophyso-ovarien (LIPSCHUTZ). Il faudra donc éviter la conservation de fragments ovariens, car, à la réduction du parenchyme ovarien, s'ajoute encore ici, un facteur traumatique agissant sur un terrain particulièrement sensible.

Quant à la conservation ovarienne unilatérale, elle devra être fonction d'une bonne vascularisation.

L'augmentation de l'hormone gonadotrope semble fréquente après une conservation partielle du parenchyme ovarien. Il semble donc intéressant de pratiquer son dosage afin d'apprécier l'importance de cette augmentation après castration unilatérale. Si nous savons que les hormones gonadotropes dominent le mécanisme de production des diverses tumeurs ovariennes expérimentales, et que la testostérone à doses massives entraîne des effets de régression temporaire sur certains épithéliomas métastatiques des ovaires (R. BOURG), il est logique de penser que des injections de testostérone, pratiquées dans un but freinateur de l'hypophyse, pourraient assurer une bonne prophylaxie de certaines tumeurs, peut-être la plupart, de l'ovaire restant. Mais ceci reste à prouver.

— L'âge de la malade devra aussi être pris en considération, et si la conservation des deux ovaires peut être envisagée après quarante ans, la conservation unilatérale d'un ovaire devra être le plus souvent rejetée.

— Des antécédents héréditaires de tumeurs ovariennes ne devront pas être négligés. Mais le problème de l'hérédité des tumeurs ovariennes reste posé (A. MAYER).

LE PROBLEME DE LA CHIRURGIE DES TUMEURS OVARIENNES D'ASPECT BENIN

On procèdera le plus souvent à leur énucléation, ce qui n'a pas de conséquence fonctionnelle, le parenchyme ovarien étant seulement refoulé.

Il est recommandé par de nombreux auteurs (COTTE, BETTINGER, NOVAK, VAYSSIÈRE et CHOSSON, en particulier), de couper la pièce opératoire et d'en faire un examen macroscopique per-opératoire à la recherche de signes de malignité, ce qui nécessiterait une castration totale. Quant à l'examen microscopique, extemporané, jugé indispensable par certains auteurs (DELANNOY et DEMAREZ), il est de pratique plus difficile et souvent jugé sans intérêt par beaucoup d'anatomo-pathologistes.

On devra se contenter d'un certain nombre d'éléments d'appréciation : le retentissement sur l'état général, l'évolutivité de la tumeur, et les antécédents familiaux et héréditaires.

Et lorsqu'un ovaire sera conservé, il ne faudra pas méconnaître le développement d'une nouvelle néoformation sur cet ovaire restant.

CONDUITE A TENIR APRES LE DIAGNOSTIC CLINIQUE D'UNE TUMEUR DE L'OVAIRE RESTANT

Connaissant la fréquence d'apparition des dystrophies kystiques sur l'ovaire restant, il ne faudra pas se laisser influencer par cette fréquence et considérer d'une façon habituelle ces formations kystiques ovariennes comme des dystrophies fonctionnelles. Il faudra s'attarder par des examens gynécologiques répétés au cours du cycle menstruel, à rechercher des modifications de volume de ces kystes en rapport avec le cycle (ovaire « accordéons ») et des troubles des règles. Si au cours des examens successifs, cette tumeur ne varie pas de volume ou si elle augmente, si de mobile elle devient fixée, si elle ne réagit pas à un traitement hormonal par la testostérone à dose

faible, on devra penser à un kyste vrai « néoplasique » et pratiquer son exérèse chirurgicale, sans attendre l'apparition d'une ascite éventuelle qui est très souvent signe de fâcheux pronostic.

Ainsi, avec des indications opératoires correctement posées, avec une bonne technique chirurgicale et peut-être avec l'aide d'un traitement hormonal bien conduit, il semble que l'on puisse prévenir un certain nombre de dystrophies kystiques et de kystes vrais de l'ovaire restant, qui sont les premiers stades vers la dégénérescence maligne.

D'autre part, la généralisation des Consultations Gynécologiques doit permettre sur un plan plus général, le diagnostic de plus nombreux kystes de l'ovaire demeurés latents, et par un traitement chirurgical, assurer une bonne prévention du cancer.

Car il paraît hors de doute qu'un certain nombre de kystes vrais de l'ovaire, opérés, sont étiquetés « kystes dystrophiques » banaux. Combien d'entre eux auraient subi une évolution maligne si quelques phénomènes douloureux ou quelques phénomènes de compression ou encore le hasard d'un examen fortuit ne les avaient révélés, et n'avaient entraîné leur exérèse.

CONCLUSIONS

- I. — La dégénérescence maligne d'un ovaire restant est une éventualité rare mais non négligeable.
- II. — Il semble qu'elle soit souvent précédée d'une dégénérescence kystique bénigne.
- III. — Certains kystes vrais de l'ovaire semblent avoir une origine dystrophique éloignée, le passage d'une forme à l'autre pourrait se faire par un processus de métaplasie.
- IV. — Certains faits permettent de penser que cette transformation est influencée par une réduction du parenchyme ovarien.
- V. — Dans la majorité des cas, l'examen clinique, s'il nous permet de porter le diagnostic de tumeur de l'ovaire, ne nous permet pas de porter un diagnostic de malignité.
- VI. — Cependant l'examen du liquide d'ascite prélevé par ponction, peut donner un diagnostic pré-opératoire de malignité, grâce à la méthode de Papanicolaou.
- VII. — L'examen anatomo-pathologique, ne permet pas toujours d'envisager un pronostic évolutif, même en présence d'images histologiques de malignité.
- VIII. — L'ovariectomie unilatérale ne devra pas être considérée comme un acte indifférent, mais être envisagée avec discernement, en fonction des lésions existantes et des possibilités de conserver à l'ovaire une bonne vascularisation.
- IX. — Toute tumeur kystique de l'ovaire restant devra être traitée chirurgicalement ou suivie par des examens répétés. L'apparition d'une ascite ou d'une baisse inexplicquée de l'état général pouvant faire craindre une évolution maligne.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
CORDIER

le Recteur de l'Académie de Paris :
Vu et Permis d'imprimer,
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- ANTONOPOULOS (D.). — L'épanchement séreux péritonéal ou pleural accompagnant le cancer de l'ovaire et son examen cytologique. (*Congrès International de Gynéc. et Obstétr.*, Genève, 1954.)
- BECLERE (Claude). — Troubles consécutifs à l'ablation d'un seul ovaire. (*Actualités Chirurgicales*, 1949, n° 3.)
- BOURG (R.). — Les dangers des thérapeutiques aux œstrogènes et les cancers génitaux ou mammaires. (*Congrès International de Gynéc. et Obstétr.*, Genève, 1954.)
- COUNSELLER et HUNT. — Carcinoma of the ovary after hystérectomie. (*American Journal of Obst. and Gyn.*, 1954.)
- DESJACQUES. — Sur les tumeurs de l'ovaire. (*Lyon Chirurgical*, 1948, tome 43, pp. 559-570.)
- DIEULANGARD (Paul). — (*Thèse*, Marseille, 1942.)
- EWING (James). — *Néoplastic Diseases* (4^e éd., 1940, Philadelphie. Editeurs W.-B. Saunders Company.)
- GAUTHIER (Gérard). — Contribution à l'étude de l'ovaire restant après hystérectomie. (*Thèse*, Paris, 1955.)
- GEIST (Samuel H.). — Ovarian tumors (1942).
- d'HERMIES (Jean). — Contribution à l'étude histogénétique et histopronostique des cancers mucoïdes et séreux de l'ovaire. (*Thèse*, Paris, 1956.)
- LE FILIATRE. (*Journal de Méd. de Paris*, nov. 1930.)
- MAGENDIE, LÉGER et KOLENC. — Kyste de l'ovaire après hystérectomie subtotale pour tumeur d'origine choriale probable. (*Bordeaux Chir.*, juillet 1953.)
- MASSON (Paul). — (In *Traité Path. Med. de SERGENT*, Paris, 1923.)
- MAYER (M.), TUCHMANN, DUPLESSIS (H.), QUELET (J.) et SAHY (A.). — Etude histologique et fonctionnelle des ovaires conservés après hystérectomie « expérimentale ». (*Gyn. et Obst.*, 1954, t. 53, n° 5.)

- MATHIEU. — Tumeurs végétantes de l'ovaire. (*Thèse, Lyon, 1938.*)
- PIZON (P.). — Traitement par l'or radioactif des épanchements séreux cancéreux. (*La Presse Méd.*, fév. 1957, n° 17.)
- ROMAN (M.-C.). — De l'évolution dite « dégénérescence kystique » des ovaires conservés. (*Compte rendu de la Soc. Franç. de Gyn.*, nov. 1951.)
- ROUSSY (Gustave). — (Précis d'anatomie pathologique.)
- SALVANET (J.). — Les kystes dystrophiques de l'ovaire et les kystes néoplasiques. (*Monogr. Med. et Scient.*, nov.-déc., 1953.)
- SERMENT (H.). — Prophylaxie des tumeurs bénignes de l'ovaire. (*Congr. Intern. de Gyn. et Obst.*, Genève, 1954.)
- VARARCOT (J.). — Hormonothérapie gynécologique. (Masson, éd., 1942.)
- WEILL (G.). — Quelques considérations sur l'ovaire restant. (*Bull. de la Féd. des Soc. de Gyn. et Obst.*, 1952.)
- KERYELL. — Sur 80 cas d'ovaires restants revus de quatre à huit ans après l'intervention initiale. (*Bull. de la Féd. des Soc. de Gyn. et Obst.*, 1952.)
- GUÉNOT (G.). — Tumeurs végétantes de l'ovaire. (*Thèse, Paris, 1947.*)
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
HISTORIQUE	12
OBSERVATIONS	14
ETUDE CRITIQUE ET COMPARATIVE DES OBSERVATIONS	28
STATISTIQUES	32
L'OVAIRE RESTANT	36
— Résultats de la conservation	36
— La dégénérescence « néoplasique » de l'ovaire restant	37
QUELQUES NOTIONS D'ORDRE PROPHYLACTIQUE	43
— La prévention au cours de l'intervention initiale	43
— Le problème de la chirurgie des tumeurs ovariennes d'aspect bénin. .	45
— Conduite à tenir après le diagnostic clinique	45
CONCLUSIONS	47
BIBLIOGRAPHIE	49

987

7